# グループホーム都加算の請求事務の手引き

1.都加算制度について

2.都加算補助要件

3.請求の流れ

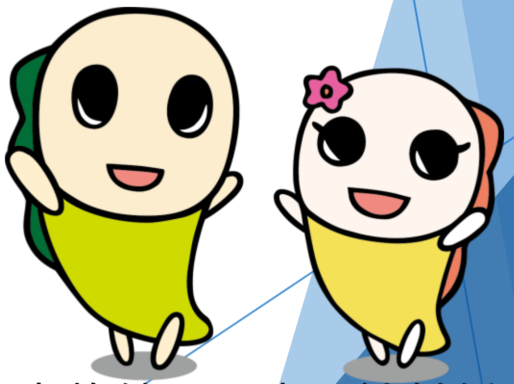
4.請求提出書類

5.施設借上費請求に係る確認票　※施設借上費対象者のみ

6.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

7.請求時の注意

8.その他



障害者施策課認定・給付係
令和８年３月

# 1.都加算制度について

## ■概要

共同生活援助を利用した場合、介護給付費・訓練等給付費に上乗せして支払う加算です。

## ■対象

（１）対象施設：東京都または八王子市からグループホームの指定を受けた事業所
（２）対 象 者 ：杉並区が共同生活援助の支給決定をした利用者

## ■その他

（１）共同生活援助の都加算補助要件を満たしている場合に請求できます。
**要件を満たさない場合、都加算の請求はできません。**

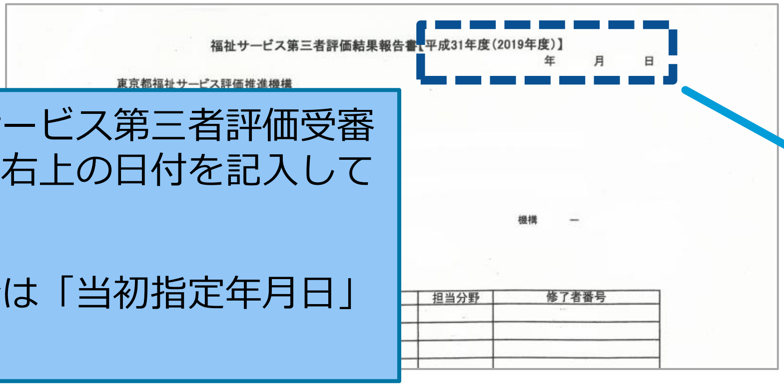
（２）東京都福祉局【東京都障害者サービス情報】より制度の詳細をご確認ください。

東京都障害者サービス情報
→「書式ライブラリー」
→「A 【共同生活援助（グループホーム）】指定申請書・変更届等」

# 2.都加算補助要件

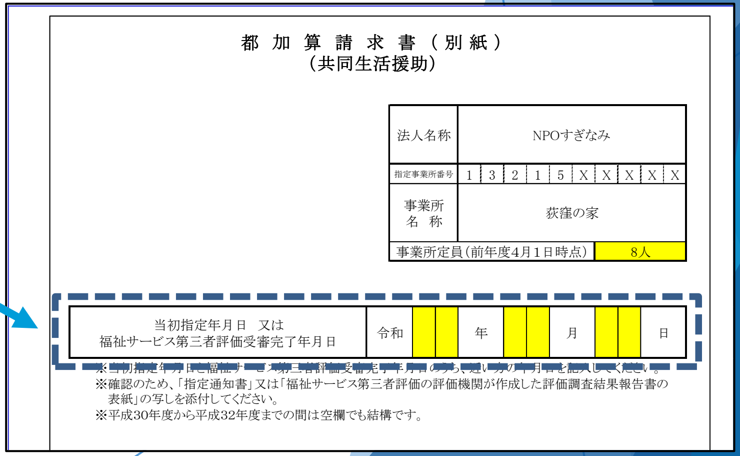
## ■ 要件①：福祉サービス第三者評価の受審（３年に1回）

- <u>新規開設事業所は、当初指定年月日を起算日</u>として、３年間は都加算の補助要件を満たしているものとみなします。
- <u>すでに第三者評価を受審したことがある事業所は、「福祉サービス第三者評価結果報告書」の右上の日付（＝受審完了日）の翌月１日を起算日</u>として、３年間都加算の補助要件を満たしているものとします。
- 受審を完了せずに３年を経過した場合、<u>起算日から３年を過ぎた月以降、次に受審が完了した月までのサービス提供分について都加算の請求はできません。</u>
- <u>受審の福祉サービス種別は、「共同生活援助」です。</u>




『都加算請求書（別紙）』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」は、第三者評価結果報告書の右上の日付を記入してください。

※新規開設事業者で、みなし期間中の場合は「当初指定年月日」を記入してください。



都 加 算 請 求 書（別紙）
（共同生活援助）

| | |
|---|---|
| 法人名称 | NPOすぎなみ |
| 指定事業所番号 | 1 3 2 1 5 X X X X X |
| 事業所名称 | 荻窪の家 |
| 事業所定員（前年度4月1日時点） | 8人 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 当初指定年月日 又は<br>福祉サービス第三者評価受審完了年月日 | 令和 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |

※確認のため、「指定通知書」又は「福祉サービス第三者評価の評価機関が作成した評価調査結果報告書の表紙」の写しを添付してください。
※平成30年度から平成32年度までの間は空欄でも結構です。

# 2.都加算補助要件

## ■ 要件②：外部研修等の受講

・前年度４月１日時点の事業所の定員数を30で除した数（小数点以下切上げ）以上の世話人又は生活支援員が外部研修等を受講してください（ユニットごとに一人以上が、年に 1 回以上外部研修等を受講できるよう努めてください）。

・「外部研修等」とは、運営法人以外の者が当該グループホームの事業所外または事業所内で実施する研修で、主として障害理解に関する内容の研修です。

・障害理解を含まない研修、組織運営や制度に関する研修、加算の要件として受講する研修は対象外です。

**【対象研修の例】**
ＧＨ従事者基礎研修（都の委託事業）

**【対象外研修の例】**
GH管理者研修・サビ管研修・防火管理者研修・料理教室・感染症対策研修・虐待防止研修・強度行動障害者支援者研修・権利擁護研修・組織運営や制度に関する研修（法人理念研修・組織マネジメント研修・介護保険法勉会）

・要件を満たさない場合、その翌年度１年間のサービス提供分について、都加算の請求はできません。

・当初指定年月日を含む年度及びその翌年度は、補助要件を満たしているものとみなします。

・「都加算請求書（別紙）」に研修受講者氏名など必要事項を記入してください。

# 3.請求の流れ

サービス提供月

↓

翌月

■ **提出期限**

サービス提供月の翌月**<u>15日必着</u>**（当日が祝日・休日の場合は、翌開庁日）

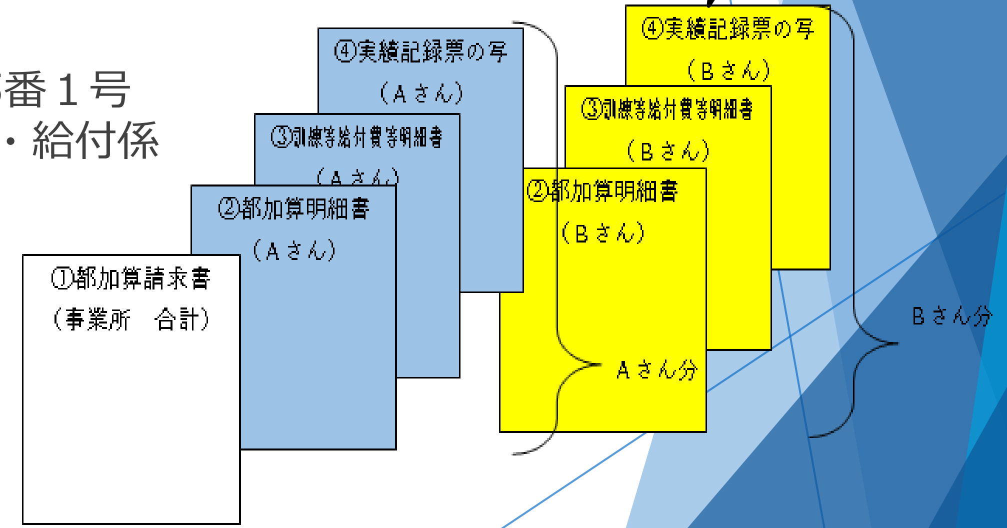
■ **提出方法**

郵送または、直接窓口（杉並区役所東棟１階11番窓口）に提出してください。
また、**<u>期限までに提出が間に合わない場合は、必ず担当へご連絡ください。</u>**

■ **提出先**

〒166-8570　東京都杉並区阿佐谷南１丁目15番１号
杉並区役所 障害者施策課 認定・給付係
共同生活援助都加算請求担当

複数人いる場合は、
利用者ごとに②～④をセットし、
ユニットごとに受給者番号の早い順に並べてください。




翌々月

■ **支払い予定日**

請求書類提出月の翌月25日ごろ振込み

■ **注意**

<u>国報酬分の支払が確定した請求内容について、都加算の支払い対象になります。</u>

# ４.請求提出書類

| | 提出書類 | |
|---|---|---|
| 初回 | 通過型グループホーム指定通知書の写し | 通過型グループホームのみ |
| 初回 | 施設借上費請求に係る確認票（確認票･利用契約書） | 施設借上費対象者のみ |
| 初回・年度当初 | 支払金口座振替依頼書（通帳の写し等の口座情報のわかるものを添付）<br>委任状※ | 原則、都加算の請求者は「事業者（法人）」。<br>※法人代表者以外による請求、法人口座以外への入金は委任状が必要。 |
| 初回・年度当初 | 都加算請求書（別紙） | |
| 初回・年度当初 | 福祉サービス第三者評価結果報告書（指定通知書※）の写し | ※新規開設事業所でみなし期間中の場合 |
| 毎月15日必着 | 都加算請求書【要請求者印】 | |
| 毎月15日必着 | 都加算明細書 | |
| 毎月15日必着 | 訓練等給付費等明細書 | 国保連へデータで送信したものの写し |
| 毎月15日必着 | 共同生活援助サービス提供実績記録票の写し【要利用者の内容確認】 | 提出は写し（白黒コピー） |
| 毎月15日必着 | 利用者負担上限額管理結果票 | 上限額管理対象者のみ |
| 都度の提出 | ①福祉サービス第三者評価が受審完了した時<br>・都加算請求書（別紙）<br>・福祉サービス第三者評価結果報告書の写し | |
| 都度の提出 | ②入金口座を変更したい時／法人代表者が変更になった時<br>・支払金口座振替依頼書 | |
| 都度の提出 | ③施設借上費の額が変更になった時<br>・施設借上費請求に係る確認票（確認票･利用契約書･賃貸借契約書の写し） | |

# ５.施設借上費請求に係る確認票（※施設借上費対象者のみ）

提出書類

①都加算（共同生活援助）【施設借上費】請求に係る確認票

②利用者との契約書の写し（家賃額の記載のあるもの）・・・Ａ４両面印刷

※「都加算（共同生活援助）【施設借上費】請求に係る確認票」の<u>記載内容に変更があった場合には、その都度ご提出ください。</u>

**都加算（共同生活援助）　【施設借上費】請求に係る確認票**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者証番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 利用者氏名 | 方南　花子 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 9 |
| 事業者名（法人名） | 社会福祉法人　すぎなみ | | | | | | | | | |
| 事業所名 | グループホームおぎくぼ | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 入居グループホーム ユニット名および住所 | （ユニット名）井草ユニット |
| | （住所　※部屋番号までご記入ください。）東京都杉並区南阿佐ヶ谷1-15-1　101 |
| 入　居　日 | 令和７年　年　10　月　1　日 |
| | （体験入居の場合はこちらに入居期間をご記入ください。）年　月　日～　年　月　日 |
| 家　賃 | （月額）¥　58,330 |
| | [※交流室等の家賃を按分して上乗せする場合は、内訳をご記入ください。記入例：賃借料50,000円 ＋ 交流室50,000円／5人(利用者数) ＝ 家賃60,000円] |
| | （※月途中の入居（退居）の場合は、本欄に日割家賃額をご記入ください。）日額　円 |
| 更　新　料 | 2，080円/（50，000円/2年）家賃に含む |
| 礼　金 | 0　円 |
| 更　新　日 | 令和9年　10月　1日 |
| 住　宅　扶　助　費 | （※生活保護の住宅扶助費を受給している場合にご記入ください。）43,700　円 |

以下の書類をご用意いただき、チェックボックスに☑してください。

☑ ご利用者との契約書の写し（家賃額の記載のあるもの）

| | | |
|---|---|---|
| 担当者 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

必ず部屋番号まで記入してください。
（部屋番号がない場合は、「部屋番号なし」と補記してください。）

家賃に、物件貸主との契約家賃以外を含んでいる場合は、項目・費用等の明細を記入してください。
（例）賃借料50,000円＋交流室（50,000円÷8人）6,250円＋更新料2,080円＝58,330円

ただし、<u>運営規定と一致していることが前提</u>です。
戸建てで、各部屋の面積に応じて按分している場合は、「面積按分」と補記してください。

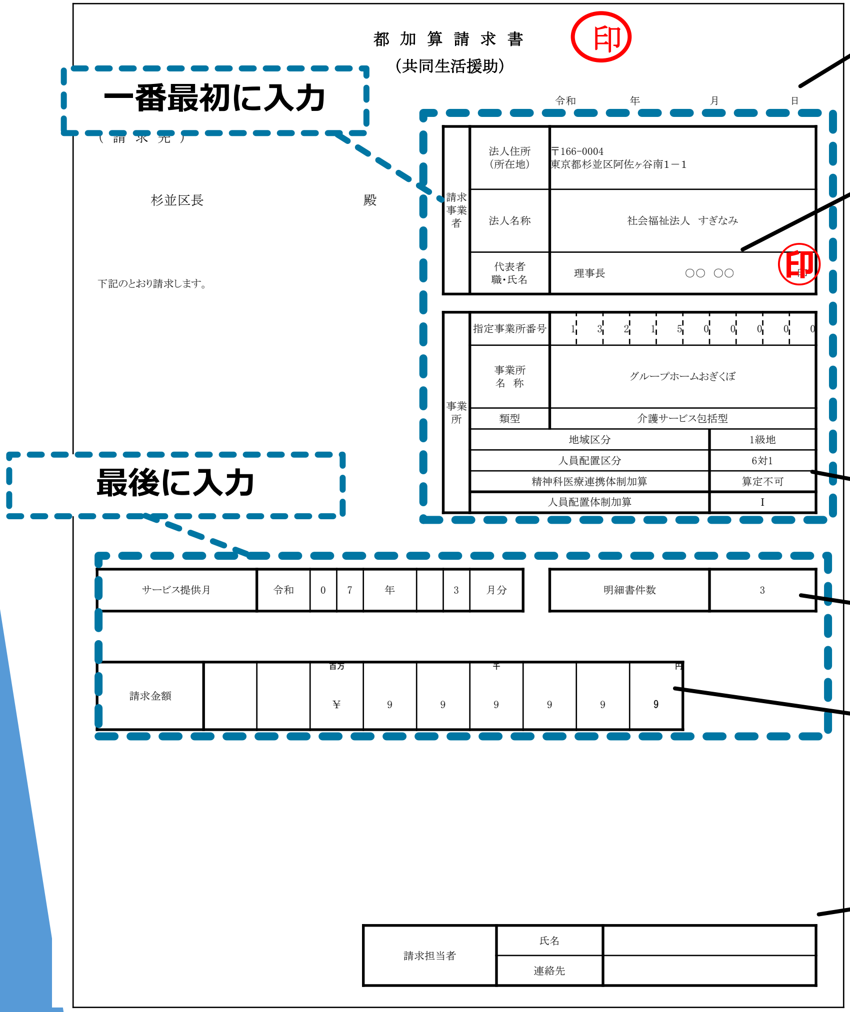
更新料を家賃に含む場合は、「家賃に含む」と補記してください。
**（注意）更新料の誤りが多くなっています。**

住宅扶助費を受給している場合は、必ず金額を確認の上、記入してください。
**（注意）住宅扶助費額の誤りが多くなっています。**

平日（日中）に連絡が取れる請求担当の方の連絡先を記入してください。

# 6.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

## ■ 「都加算請求書」



都 加 算 請 求 書 印

(共同生活援助)

令和　　年　　月　　日

(請求先)

杉並区長　　殿

下記のとおり請求します。

一番最初に入力

| | | |
|---|---|---|
| 請求事業者 | 法人住所（所在地） | 〒166-0004 東京都杉並区阿佐ヶ谷南1－1 |
| | 法人名称 | 社会福祉法人　すぎなみ |
| | 代表者職・氏名 | 理事長　○○ ○○　印 |

| | | |
|---|---|---|
| 事業所 | 指定事業所番号 | 1 3 2 1 5 0 0 0 0 0 |
| | 事業所名称 | グループホームおぎくぼ |
| | 類型 | 介護サービス包括型 |
| | 地域区分 | 1級地 |
| | 人員配置区分 | 6対1 |
| | 精神科医療連携体制加算 | 算定不可 |
| | 人員配置体制加算 | I |

最後に入力

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| サービス提供月 | 令和 | 0 | 7 | 年 | 3 | 月分 | |
| 明細書件数 | 3 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求金額 | | | ¥ | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

| | | |
|---|---|---|
| 請求担当者 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

請求審査を一括して行う都合上、**日付は記入せず**ご提出ください。

・原則、請求者は法人の代表者（委任状を提出した場合は除く）です。
・請求者は『支払金口座振替依頼書』で届け出た方です。
（もしくは『委任状』で請求権限を委任された方）です。
・「職」「氏名」を記入してください。
・請求印は、『支払金口座振替依頼書』（もしくは『委任状』）で届け出たものを**2か所**、鮮明に押印してください。（陰影が不鮮明な場合は受付できません）

精神科医療連携体制加算の算定要件を満たしているものとして都に届け出た事業所は「算定可」としてください。

全ての都加算明細書を作成後に、作成した『都加算明細書』の件数を記入してください。

・請求金額の数字の前に「￥」マークを記入してください。
・全ての都加算明細書を入力後に、『集計表』の「総合計金額」を記入してください。

平日（日中）に連絡が取れる請求担当者の連絡先を記入してください。

# ７.請求時の注意（都加算・国報酬）

**■加算を算定する際には、加算の算定要件を満たしていることを必ず確認してください。**

| Q | A |
|---|---|
| 夜間支援等体制加算 | ・都に届け出ている夜間支援対象利用者の数に応じて算定します。<br>・同一ユニット、同一日で複数の体制は算定対象外です。 |
| 日中支援加算<br>※日中サービス支援型は加算対象外<br>（令和６年４月～） | ・日中支援加算Ⅰは、「高齢又は重度の障害者（65歳以上又は障害支援区分4以上の障害者）で、日中を共同生活住居の外で過ごすことが困難な利用者に対して日中に必要な支援を行った場合に算定できる加算」です。<br>・土・日・祝日は算定対象外です。 |
| | ・日中支援加算Ⅱは、「日中活動サービスの支給決定を受けている利用者または就労している利用者等が心身の状況等により予定していた日中活動先等を利用できないときに、昼間に必要な支援を行った場合に算定できる加算」です。<br>・支援の初日から算定（令和６年４月～適用）します。 |
| 入院時支援特別加算<br>長期入院時支援特別加算 | ・家族等から入院に係る支援を受けることが困難な利用者が算定対象。<br>・事業者が病院又は診療所を**訪問し**、日常生活の支援を行うとともに、病院等との連絡調整を行った場合に算定できる加算です。<br>・訪問支援回数によって、算定できる加算が違うため、「サービス提供実績記録票」の備考欄に、支援を実施した日は「支援実施」と記入してください。 |
| 帰宅時支援加算<br>長期帰宅時支援加算 | ・計画に基づき、家族等の居宅等において外泊した場合であって、事業者が利用者の帰省に伴う家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合に算定します。 |

**【個別支援計画への位置づけが必要な加算の例】**

□ 夜間支援等体制加算（Ⅰ） □ 日中支援加算 □ 入院時支援特別加算 □ 長期入院時支援特別加算 □ 帰宅時支援加算 □自立生活支援加算
□ 長期帰宅時支援加算 □強度行動障害者地域移行特別加算 □ 地域生活移行個別支援特別加算 □ 医療連携体制加算

# 8.その他

## ■ 家賃額証明書の提出

・共同生活援助の支給決定にあたり、「家賃額証明書」の提出が必要です。

・本書類が未提出の状態では、「特定障害者特別給付費（補足給付）」の支給額決定ができませんので、お早めにご提出ください。

## ■共同生活援助に関する区ホームページのご案内

杉並区ホームページ（トップページ）
→「障害者生活支援サイト　のーまらいふ杉並」
→「事業者の方へ（請求事務等）」
→「都加算請求様式（共同生活援助）」

## ■問い合わせ先

保健福祉部 障害者施策課 認定・給付係
共同生活援助都加算請求担当